



**Domanda di ammissione a socio della
“ANUBI WARRIORS Associazione Sportiva Dilettantistica”**

tessera n°

DATI DEL SOCIO

il Sottoscritto/a
nato/a a, il, residente a
in via, C.A.P., Comune Provincia,
cellulare e-mail.....

DATI DEL GENITORE

il Sottoscritto/a
nato/a a, il, residente a
in via, C.A.P., Comune Provincia,
cellulare e-mail.....

In qualità di **PADRE, MADRE O TUTORE** chiede che lo stesso venga iscritto alla “ANUBI WARRIORS ASD” per l’anno corrente (1 settembre 2018 – 31 agosto 2019) e dichiara:

- 1) di assumermi sin d’ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo alla persona e/o alle cose del minore e per danni personali e/o procurati ad altri e/o a cose a causa di un comportamento del minore;
- 2) per me non che’ per i miei eredi e aventi causa, di sollevare il presidente, non che’ i suoi collaboratori da ogni responsabilità per lesioni e/o qualsiasi eventuale danno, anche causato da terzi , dovesse derivare alla persona del minore.
- 3) di aver attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di aver compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo;

Chiede:

di essere ammesso quale socio della “ANUBI WARRIORS ASD”, per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi primari della stessa, attenendosi allo statuto sociale ed alle deliberazioni degli organi sociali, ed impegnandosi a corrispondere la quota sociale fissata annualmente dal Consiglio Direttivo, Delle condizioni assicurative relative al tesseramento AICS, Dichiara altresì di aver preso visione dello statuto e di accettarlo integralmente.

Firma

(Il Socio)

Firma

(L’esercente la potestà parentale in caso di associato minorenni)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIGUARDANTI L’ASSOCIAZIONE SPORTIVA/SOCIO

Con la presente dichiaro di aver ricevuto e firmato l’informativa, allegata alla presente, sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell’associazione, in base al Regolamento Europeo (GDPR 2016/679), trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e dell’adempimento di ogni obbligo di legge.

Inoltre, autorizzo, in qualità di socio l’invio di informazioni su corsi, attività, iniziative e assemblee riguardanti l’associazione al mio indirizzo email.

CERTIFICATO MEDICO

Con la presente mi impegno a consegnare il certificato di idoneità allo svolgimento dell’attività sportiva, prima di poter intraprendere qualsiasi tipo di attività al centro.

AUTORIZZAZIONE ALL’UTILIZZO DELL’IMMAGINE

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

Firma

(Il Socio)

Firma

(L’esercente la potestà parentale in caso di associato minorenni)

CAVRIAGO lì _____